



Intervención telefónica en la promoción de la autoeficacia, duración y exclusividad del lactancia materno: estudio experimental aleatorizado controlado*


Anne Fayma Lopes Chaves¹

 <http://orcid.org/0000-0002-7331-1673>


Lorena Barbosa Ximenes²

 <http://orcid.org/0000-0002-8006-7517>


Dafne Paiva Rodrigues³

 <http://orcid.org/0000-0001-8686-3496>

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos²

 <http://orcid.org/0000-0003-4578-4657>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro⁴

 <http://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Mônica Oliveira Batista Oriá²

 <http://orcid.org/0000-0002-1483-6656>

Objetivo: evaluar el efecto de una intervención telefónica en la autoeficacia de puérperas en la duración y exclusividad de la lactancia. **Método:** estudio experimental aleatorizado controlado envolviendo 85 lactantes a los dos meses y 77 a los cuatro meses. La muestra fue aleatorizada en dos grupos: control e intervención. La intervención consistió en un acompañamiento telefónico realizado a los siete, 15 y 30 días post-parto utilizando los preceptos de la Entrevista Motivacional y de la Autoeficacia en Lactancia. **Resultados:** con dos meses la autoeficacia en amamantar fue semejante en los dos grupos ($p=0,773$). También, con cuatro meses el grupo intervención presentó mayor autoeficacia que el grupo control ($p=0,011$). Se evidenció diferencia entre los grupos en la duración de la lactancia materna a los dos meses ($p=0,035$). En el cuarto mes, el grupo intervención se mantuvo en lactancia materna cuando comparado al grupo control ($p=0,109$). Ambos grupos no presentaron diferencias en la exclusividad de la lactancia a los dos ($p=0,983$) y cuatro meses ($p=0,573$). **Conclusión:** la intervención educativa por teléfono fue eficaz para mejorar la autoeficacia y duración de la lactancia, pero no la exclusividad. (ReBEC: UTN: U1111-1180-5341).

Descriptores: Autoeficacia; Lactancia Materna; Enfermería; Promoción de la Salud; Enfermería Basada en la Evidencia; Medios de Comunicación.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico randomizado controlado", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.





¹ Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Chaves AFL, Ximenes LB, Rodrigues DP, Vasconcelos CTM, Monteiro JCS, Oriá MOB. Telephone intervention in the promotion of self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3140. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2777-3140>. mes día año URL

Introducción

A pesar del apoyo de organismos nacionales e internacionales de enfermería de salud, el destete precoz sigue siendo una característica llamativa entre las madres lactantes brasileñas, y un reto que hay que superarlo⁽¹⁾. Las evidencias apuntan al aumento de la lactancia materna (LM) y de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta 2006, pero con relativa estabilización hasta 2013, demostrando la importancia de fortalecer acciones ya desarrolladas y ampliar nuevas estrategias de promoción a la lactancia⁽²⁾.

Para modificar este panorama los especialistas en salud pretenden proponer intervenciones basadas en factores modificables, como una propuesta capaz de incrementar el comportamiento de las mujeres en su relación con el proceso de amamantar. En este contexto, se vislumbra la autoeficacia de las mujeres en amamantar, la cual puede ser conceptualizada como la confianza que la madre tiene en amamantar a su hijo con éxito, lo que implica conocimiento y habilidad. Este factor viene mostrando efecto positivo en el tiempo de duración y exclusividad de la LM, promoviendo en la mujer el sentimiento de que ella es capaz de modificar sus comportamientos visando mejores condiciones de salud para el binomio madre-hijo⁽³⁾.

Diversas tecnologías ya fueron utilizadas buscando mejorar la autoeficacia materna en amamantar y la prevalencia de la LM y LME (talleres, cartillas educativas, álbum, teléfono). Entre estos, el uso del teléfono ha sido cada vez más utilizado, siendo visto como una herramienta útil capaz de promover la LM, mostrándose eficaz cuando las intervenciones se realizan a largo plazo en el transcurso del puerperio y realizadas por especialistas en salud con dominio y experiencia en la lactancia⁽⁴⁾.

El estudio estadounidense realizado con 298 mujeres aplicando una intervención con contacto telefónico desarrollado por consultores en lactancia del prenatal hasta los seis meses después del parto, apuntó que las mujeres del grupo intervención (GI) presentaron mayor duración de la LM, así como presentaron mayor chance de continuar la LME⁽⁵⁾. En un estudio experimental aleatorizado que involucró a 461 mujeres nigerianas, en el cual se implementó un asesoramiento sobre LM a través de encuentros con uso de canciones y dramatizaciones, acompañamiento telefónico y mensajes de texto, fue posible evidenciar que las mujeres del GI presentaron mayores posibilidades de practicar LME con (OR:1,8, $p<0,05$) y 6 meses (OR:2,4, $p<0,01$), 3 meses (OR:1,8, $p<0,05$) y 6 meses (OR: 2,4, $p<0,01$)⁽⁶⁾.

Diversos aspectos ya fueron abordados durante las intervenciones realizadas por teléfono, tales como:

beneficios y técnica de la lactancia, aspectos culturales, dificultades y soporte psicológico. Sin embargo, ninguna investigación abordó específicamente la autoeficacia en el período de lactancia. Nuestra hipótesis es que intervenciones dirigidas a este constructo puedan generar repercusiones significativas para el éxito de la lactancia. En este contexto, la relevancia de la investigación se fundamenta en el hecho de que los hallazgos de este estudio van a subsidiar una posibilidad que puede ser agregada a aquellas ya utilizadas en la atención básica a la salud, como forma de facilitar el acceso, la orientación, el apoyo y los acompañamientos de las mismas que hayan dado a luz y sus hijos en lo que se refiere a la alimentación del niño. Así, el objetivo fue evaluar el efecto de la intervención educativa por teléfono en la autoeficacia materna, duración y exclusividad de la LM y LME.

Método

Estudio del tipo Ensayo Clínico Aleatorizado Controlado (ECAC) realizado en el período de mayo a noviembre de 2015, en un Hospital Distrital en el municipio de Fortaleza, Ceará. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estar en el puerperio inmediato, gestación única, a término, con recién nacidos internados en alojamiento conjunto (AC), practicando LM y que tuvieran por lo menos un número de teléfono para contacto. Se excluyeron mujeres a las que los hijos presentaron deficiencias que impedían la lactancia, presentaron algún tipo de contraindicación para amamantar y con deficiencia auditiva. Se consideraron como criterios de discontinuidad: fallecimiento materno o del recién nacido durante el curso de la investigación, interrupción de la LM hasta la finalización de la intervención y no atender las llamadas telefónicas después de tres intentos en días y horarios distintos.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para estudios con grupos comparativos, siendo adoptados los valores: $Z_{5\%} = 1,96$, $Z_{20\%} = 0,84$, p_1 =proporción del resultado en el control del 30%, p_2 =proporción del resultado en el resultado experimento del 55%, n =tamaño de la muestra, coeficiente de confianza=95%, poder del test=80%. Por lo tanto, al sustituir los valores serían necesarios 57 puérperas para cada grupo. Sin embargo, se añadió un porcentaje de seguridad del 15% (basado en las pérdidas de un estudio que abordó la autoeficacia en el lactante utilizando el teléfono)⁽⁷⁾ para posibles pérdidas telefónicas, con un total de 66 puérperas por grupo, totalizando 132 puérperas. Las participantes fueron asignadas al azar en dos grupos:

- Grupo Intervención (GI): Intervención educativa por teléfono: además de la asistencia y de las actividades

individuales rutinarias del servicio prestado por los profesionales del hospital amigo del niño, las mujeres recibieron una intervención educativa por teléfono. La intervención consistía en una llamada telefónica de una duración media de siete minutos, de una enfermera experimentada y educadora en lactancia, en la que inicialmente realizaba su identificación y recordaba el abordaje en el alojamiento conjunto para establecer vínculo con la lactante. Posteriormente, mediante un formulario que seguía los principios de la Entrevista Motivacional (EM), se utilizaba la técnica evocar-informar-evocar, que es indicada para cambiar comportamientos de los pacientes de forma colaborativa a partir de su motivación⁽⁸⁾. En cada conexión se repasaban orientaciones sobre dos ítems de la escala que las mujeres presentaron menor autoeficacia en el alojamiento conjunto; las orientaciones fueron guiadas por el instrumento creado por la investigadora basada en la lactancia de la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF)*⁽⁹⁾ y en el Álbum Seriado "Puedo amamantar a mi hijo"⁽¹⁰⁾ el cual abordaba cuestiones de la técnica y del pensamiento interpersonal de la lactancia. Se resalta que las posibles dudas de las mujeres eran sanadas, así como en casos necesarios estaban orientadas a buscar el banco de leche de la institución.

- Grupo Control (GC): las mujeres recibieron tan sólo las orientaciones de rutina del hospital amigo del niño, es decir, actividades educativas individuales rutinarias del servicio.

Después del abordaje inicial de las mujeres en el alojamiento conjunto fue realizada la aleatorización en "bloques", siendo 13 bloques de 10 puérperas y un bloque de dos puérperas. Este tipo de aleatorización fue importante para la distribución inicial equitativa entre los grupos para facilitar la logística en la recolección de datos de las fases siguientes. La aleatorización ocurrió mediante un algoritmo computarizado realizado por un primer estadístico. Así, cada puérpera fue apuntada para participar de un grupo con base en la casualidad, es decir, con idéntica posibilidad de ser distribuida en uno de los grupos de comparación.

Esta investigación involucró a un equipo, incluyendo enfermeros y académicos de enfermería, previamente entrenada para evaluar los resultados. Estas personas fueron ciegas, así como el estadístico responsable del análisis. Se resalta que el investigador responsable de la intervención y las participantes de la investigación no fueron cegados.

La investigación se dividió en tres fases: la primera fase se produjo de forma presencial en la contratación de las puérperas por un período de tres meses en el alojamiento conjunto de la maternidad. Durante la

internación en la enfermería obstétrica las puérperas fueron abordadas sobre su consentimiento para participar de la investigación, tras explicación de los objetivos y beneficios de la misma. Posteriormente, las participantes respondieron un formulario que contenía características sociodemográficas, obstétricas y datos sobre lactancia y la BSES-SF, en la cual evaluó la autoeficacia materna de las participantes. Al final del estudio se evaluaron los siguientes resultados primarios: autoeficacia de las mujeres en lactancia, duración y exclusividad de la lactancia.

La BSES-SF fue validada en Brasil presentando Alfa de Cronbach de 0,74, mostrando ser un instrumento confiable⁽¹¹⁾. Se compone de 14 ítems distribuidos aleatoriamente en dos dominios (técnica y pensamientos intrapersonales) relacionados con la confianza materna en la lactancia que tiene como patrón de respuesta una escala del tipo Likert que varía de 1 a 5 puntos. Las madres se clasifican de la siguiente manera: Baja eficacia: 14 a 32 puntos; Media eficacia: 33 a 51 puntos; Alta eficacia: 52 a 70 puntos. Este instrumento es auto-aplicable cuando el sujeto tiene capacidad para leer y responder a las indagaciones. Ante el público involucrado en esta investigación, fue necesaria la aplicación por medio de una entrevista realizada por los investigadores.

En la segunda fase se realizó la intervención vía contacto telefónico a las mujeres del GI mediante tres contactos telefónicos dentro del intervalo de un mes, en los días previamente establecidos con las pacientes, siendo a los 7 días, 15 días y 30 días posparto. En la tercera fase, también por vía telefónica, se realizó la evaluación de los resultados primarios a partir de la BSES-SF y de un formulario específico desarrollado por las autoras aplicadas a ambos grupos.

De los 132 participantes evaluados para elegibilidad, sólo 77 compusieron la muestra final debido a los criterios de discontinuidad, en el cual se obtuvo el 40,9% de pérdida, conforme detallado en la Figura 1.

Los datos obtenidos fueron compilados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 20.0. Las variables continuas fueron expresadas en mediana con intervalo de confianza del 95% y las categóricas en frecuencias absoluta y relativa. Para las comparaciones entre los grupos se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado, Fisher, Pearson y Test U de Mann-Whitney.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Ceará (Parecer 1.026.156) y registrado en la plataforma de Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (ReBEC) (UTN: U1111-1180-5341).

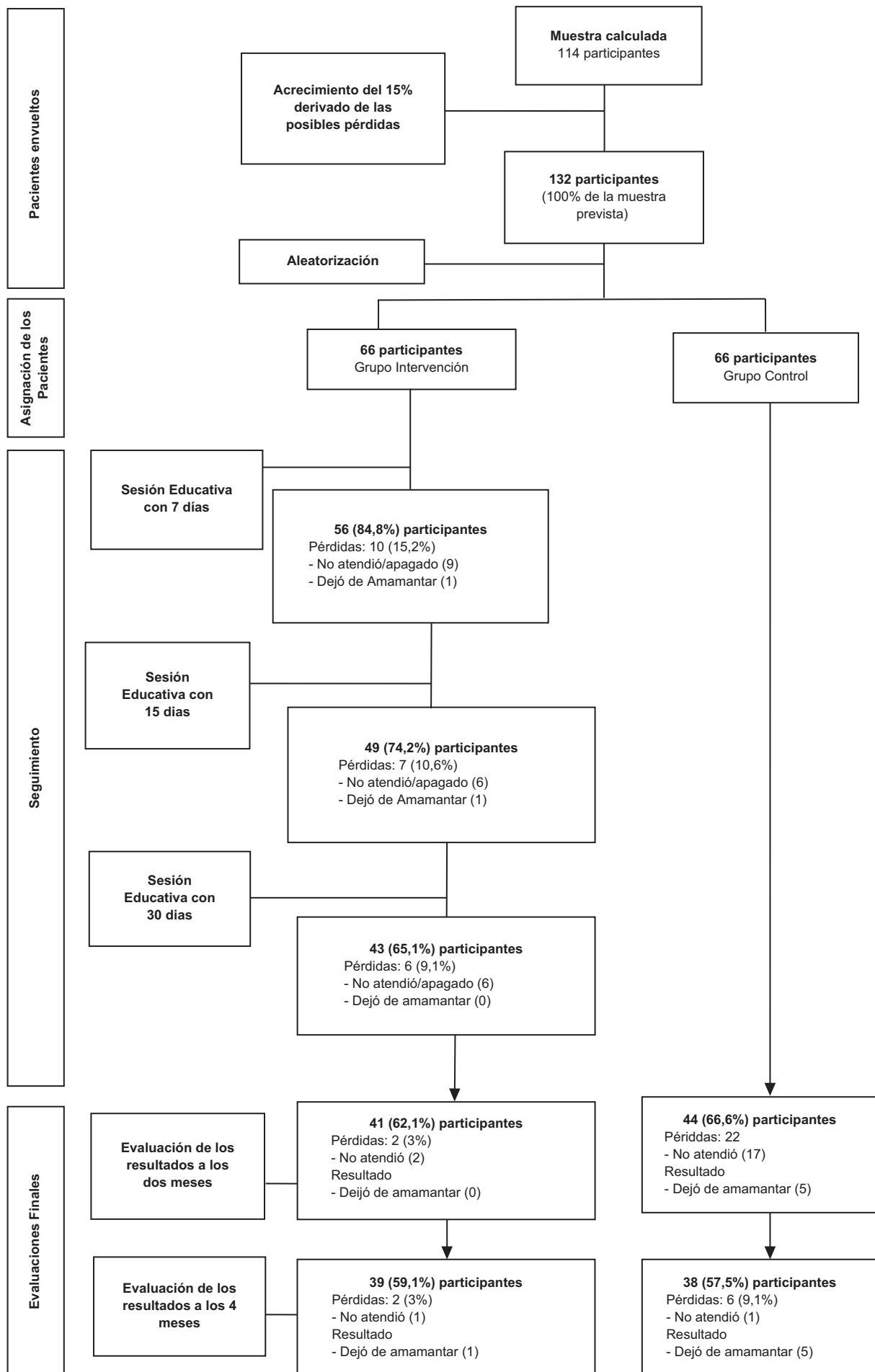


Figura 1 – Diagrama de flujo representativo de las fases y seguimiento de las participantes

Results

Las comparaciones de las variables sociodemográficas y obstétricas apuntan que no hubo diferencia estadísticamente

significativa entre los grupos (Tabla 1). Las madres del GC presentaron mediana de edad menor (GC: 22, GI: 24,5), pero con mediana de años de estudios cercanos (GC: 11, GI: 11,5).

Tabla 1 – Datos sociodemográficos y obstétricos de las participantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Variables	Intervención (n=66)		Control (n=66)		Valor p [‡]
	Md*±EP [†]	n(%)	Md*±EP [†]	n(%)	
Edad (años)	24,5 ± 7,4		22,0 ± 6,4		0,484 [§]
1° cuartil P25	19,5		19		
3° cuartil P75	29		29,0		
Rango de escolaridad (años de estudio)	11,0 ± 3		11,5 ± 2,9		0,237 [§]
1° cuartil P25	08		09		
3° cuartil P75	13		13		
Renta familiar [¶]					0,712 [¶]
Menor que un salario		6 (9,1)		7 (10,6)	
De uno a tres salarios		60 (90,9)		59 (89,4)	
Estado Civil					0,018**
Casada / Unión estable		57 (86,4)		45 (68,2)	
Otros		9 (13,6)		21 (31,6)	
Ocupación					0,738**
Ama de casa		37 (56)		30 (42,7)	
Empleada		15 (22,7)		16 (24,2)	
Otra		14 (21,2)		20 (30,3)	
Paridad					0,541 [¶]
Primípara		34 (51,5)		40(60,6)	
Múltipara		32 (48,5)		26(39,4)	
Práctica de la lactancia anterior					0,080**
Sí		31 (96,9)		21 (80,8)	
No		1 (3,1)		5 (19,2)	

*Mediana; †Erro Padrão; ‡p-value; §Teste Mann-whitney; ¶Valor do salário mínimo: R\$ 788,00, 2015, Brasil; ¶¶Teste de Qui-quadrado; **Teste exato de Fisher

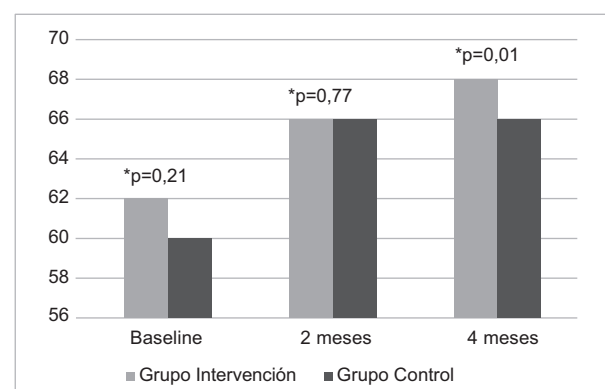
Las madres del GI presentaron mayor predominio del estado civil casado/unión estable (GC: 68,2%, GI: 86,4%), así como de la ocupación ama de casa (GC: 42,7%; GI: 56%). Se resalta que estas diferencias no fueron significativas, con excepción del estado civil puesto que las mujeres que conviven en unión estable/casadas presentan mejores niveles de autoeficacia en la lactancia.

No hubo diferencia entre los grupos en relación a los antecedentes obstétricos, aunque el GC había presentado mayoría de mujeres primíparas y el menor porcentaje de madres con experiencia previa de la lactancia.

La Figura 2 presenta la mediana de los escores de autoeficacia en amamantar de ambos grupos con el transcurrir del tiempo.

En el análisis se demostró que la mediana de los escores de autoeficacia fue la misma a corto plazo (dos meses). Sin embargo, a largo plazo (cuatro meses) se evidenció que el GI obtuvo mayores niveles de autoeficacia

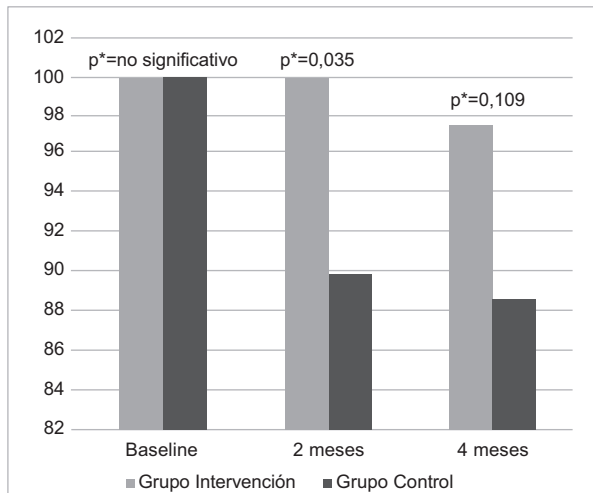
en comparación con el GC. De este modo, se comprende que la intervención telefónica elevó la autoeficacia de las mujeres en amamantar a medio plazo.



* Test de U de Mann-Whitney

Figura 2 - Comparación inter-grupo de la mediana de los escores de autoeficacia en amamantar con el transcurrir del tiempo. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

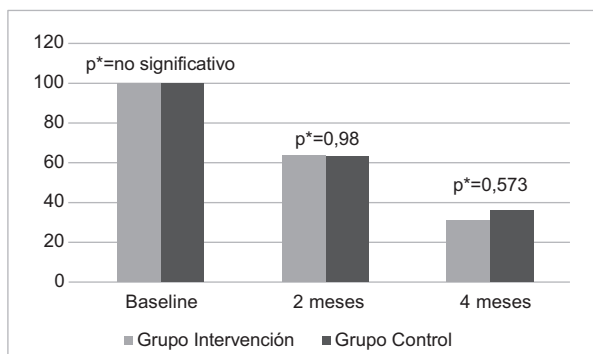
En la Figura 3 se puede ver que la intervención educativa fue eficaz en el mantenimiento de la LM a corto plazo (dos meses) en el GI para el 100% de las mujeres que se mantuvieron en el estudio hasta los dos meses; en el tiempo en que el GC presentó caída. En lo que se refiere al cuarto mes, fue posible percibir que la mayoría de las mujeres del GI se mantuvo en LM cuando comparado al GC, pero no siendo estadísticamente significativo.



* Test de U de Mann-Whitney

Figura 3 - Comparación Inter-grupo de la duración de la lactancia materna con el transcurso del tiempo. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

La comparación inter-grupo en cuanto a la exclusividad de la LM apunta que ambos grupos (GC/GI) presentaron mínimas diferencias en cuanto a la exclusividad de la LM a los dos y cuatro meses (Figura 4). Así, se observa que la intervención educativa no influenció en la exclusividad de la LM.



*Chi-Cuadrado de Pearson

Figura 4 - Comparación inter-grupo de la exclusividad de la lactancia materna con el transcurso del tiempo. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Discusión

Al analizar las variables sociodemográficas se verifica que la edad no influenció en la autoeficacia en amamantar

aunque investigaciones evidencian que cuanto menor sea la edad menor el tiempo de lactancia. Este hecho justifica que las mujeres sean constantemente estimuladas mediante acciones de grupo de gestantes y púerperas buscando capacitarlas y apoyarlas para que las mismas puedan amamantar hasta los seis meses⁽¹²⁾.

Por otro lado, el estado civil influenció la autoeficacia materna en amamantar. Las mujeres que conviven con la pareja pueden presentar un aumento de la autoeficacia en la lactancia, ya que el apoyo del socio puede ser un factor protector en la confianza en la lactancia, convirtiéndose fundamental en la adhesión a la lactancia⁽¹³⁻¹⁵⁾. Así, se vislumbra la importancia de que el enfermero asegure atención cualificada a ese público específico desde el prenatal para repercutir positivamente en el inicio y la duración de la LM.

Hubo predominancia entre las mujeres del GI la ocupación ama de casa, sin embargo, esa diferencia entre los grupos no influenció significativamente en la lactancia. Sin embargo, la literatura apunta que ese aspecto puede favorecer la lactancia exclusiva, teniendo en cuenta a las mujeres que desarrollan trabajo fuera del hogar se sientan más angustiadas con la adaptación del niño a un nuevo estándar alimentario y ofrecen precozmente el biberón⁽¹⁶⁾.

A pesar de la mayor predominancia de mujeres primíparas en el GC, no se identificó diferencia en los grupos en cuanto a la autoeficacia materna en amamantar. La primiparidad, en la mayoría de los casos, es identificada como factor de riesgo para baja autoeficacia en amamantar, lo que puede repercutir en la adhesión a la lactancia^(6,16). De este modo, se percibe la necesidad de que estas madres reciban atención desde el inicio del prenatal, por medio de consejos, actividades educativas y enfoque práctico, buscando un mejor desempeño en su primera experiencia en amamantar.

La intervención educativa no influenció la lactancia materna a los dos meses ($p=0,773$). Pero se mostró eficaz a los cuatro meses proporcionando elevación de la autoeficacia en amamantar entre madres del GI. Resultados similares se encontraron en la investigación piloto realizada en Canadá, la cual desarrolló una intervención centrada en la autoeficacia en amamantar a partir de contactos telefónicos. Se evidenció que no hubo diferencia entre los grupos en la autoeficacia hasta el segundo mes, sin embargo, las madres pertenecientes al GI presentaron mayores niveles de autoeficacia en amamantar con cuatro y ocho semanas post-parto en comparación con madres del GC⁽¹⁷⁾.

De este modo, se comprende que a corto plazo las madres tienden a mantener elevada su autoeficacia en amamantar independientemente de intervención. Esto puede estar relacionado con factores preexistentes como orientaciones recibidas durante el prenatal y experiencia

previa de la lactancia, siendo imprescindibles estrategias de esa naturaleza para sostener la confianza por un período más largo, y consecuentemente, el mantenimiento de la LM y LME⁽¹⁸⁾.

La intervención educativa fue capaz de mantener la LM a los dos y cuatro meses, mostrando su eficacia en la duración de la LM tanto a corto como a largo plazo. En lo que se refiere a la exclusividad de la LM, la intervención desarrollada no influyó en ese aspecto independiente del tiempo. Una investigación reciente apuntó que son diversos los factores que contribuyen a la interrupción de la lactancia exclusiva (baja producción de leche, dificultades en mamar, inter-correncias de la mama y la falta de confianza en la lactancia)⁽¹³⁾. De este modo, se observa que para vencer ese desafío tan complejo los profesionales de salud necesitan expandir el área de actuación para que las intervenciones aborden problemas distintos.

Ante la globalización, la enfermería ha utilizado las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como forma de desarrollar el cuidado en los diversos escenarios de la salud, siendo el teléfono una herramienta efectiva para la comunicación⁽¹⁹⁾. En esta investigación, la intervención realizada por teléfono fue desarrollada durante cuatro semanas por medio de orientaciones de una enfermera entrenada. En comparación con los hallazgos de esta investigación con estudio americano en el que desarrolló una intervención telefónica promovida por consultores en lactancia certificados por el *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE) por hasta 72 horas post-parto, se pueden identificar mejores tasas de LM y LME en el estudio brasileño. La duración de la lactancia fue de 4,3 semanas más corta en el GI que en el GC ($p=0,08$), siendo observado también a los 30 y 90 días ($p=0,10$ y $p=0,08$, respectivamente). La duración de la LME fue de 4,7 semanas más corta en el GI que en el GC⁽²⁰⁾.

Aunque los estudios presentados anteriormente exhiben limitaciones significativas: público específico y número reducido de la muestra, los hallazgos nos permiten aprehender que intervenciones educativas realizadas por un corto período manifiestan lagunas en cuanto a su eficacia⁽⁴⁾.

El único estudio encontrado en la literatura realizado por un corto período que obtuvo un resultado satisfactorio en la duración y exclusividad de la LM tuvo como intervención un acompañamiento telefónico visando las dificultades específicas de las lactantes, siendo desarrollado por enfermeros consultores en lactancia hasta cuatro semanas post-parto. Las madres del GI fueron más predispuestas a mantener la LM, tanto en un mes (OR: 1,63) como en dos meses (OR: 1,48). La intervención proporcionó mayor tasa de madres en LME en el GI con un mes (OR=1,89; $p=0,003$)⁽²¹⁾. Se cree que los

factores que pudieran haber contribuido a estos hallazgos positivos fueron los profesionales de ser consultores certificados en lactancia, y por la propia característica de la intervención (estar centrada en los problemas y dudas de las púerperas).

Por otro lado, investigaciones que tuvieron muestras representativas y desarrollaron intervenciones por un período largo presentaron un efecto significativo en la LM⁽²²⁻²⁴⁾ evidenciando la importancia del seguimiento en el post-parto, período visto como crítico en lo que se refiere a las dificultades y problemas mamarios, favoreciendo a la mujer desmamar precozmente.

De este modo, los resultados expuestos comprueban que una intervención educativa realizada por medio de soporte telefónico a corto plazo desarrollada por enfermeros entrenados, centrada en la autoeficacia en amamantar y desde el abordaje de la EM eleva la autoeficacia de las madres en amamantar, aumenta la duración de la LM, pero no influye en la exclusividad de la LM.

La contribución más relevante de esta investigación es hacer evidente que el soporte telefónico consiste en una tecnología viable en la promoción de la LM, principalmente, si se utiliza como componente educativo, pudiendo ser idealizado y aplicado en los servicios de salud con el objetivo de mejorar las tasas de LM y LME.

Sin embargo, es importante señalar que el teléfono debe ser considerado una forma de soporte o apoyo en la asistencia al binomio madre-hijo para promoción de la LM, no debiendo sustituir el contacto, la atención y el cuidado directo de los profesionales al binomio madre-hijo.

La alta tasa de pérdida de las muestras (40,9%) se configura como una limitación de este estudio, lo que restringe la generalización de los efectos. Sin embargo, este ECAC se trata de una iniciativa pionera en Brasil, lo que puede permitir no sólo el llenado de esa laguna en la literatura, sino también el conocimiento de limitaciones que puedan ser ajustadas en futuras replicaciones.

Conclusión

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia positiva sobre la eficacia del apoyo telefónico profesional para la promoción de la LM. La intervención educativa a corto plazo fue capaz de elevar la autoeficacia en amamantar y la duración de la LM, pero no influyó en la exclusividad. Se cree que la investigación puede contribuir con la innovación de la metodología de asistencia prestada, considerando que se trata de una nueva posibilidad de estrategia a ser agregada a las ya utilizadas en los servicios de salud. Sin embargo, son necesarias investigaciones adicionales para explorar e identificar las razones de las tasas persistentemente bajas de LME y para probar nuevas intervenciones que busquen mejorar estos índices.

Referencias

- Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr*. [Internet]. 2015 Sep [cited Nov 15, 2017];33(3):355-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/en_0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf
- Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2017 Sep [cited Sep 29, 2018];51:108. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf>
- Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescent. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2017 Mar [cited Sep 29, 2018];30(1):109-15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/en_1982-0194-ape-30-01-0109.pdf
- Oriá MOB, Dodou HD, Chaves AFL, Santos LMDA, Ximenes LB, Vasconcelos CTM. Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: a systematic review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2018 [cited Sep 29, 2018];52:e03333. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03333.pdf>
- Efrat MW, Esparza S, Mendelson SG, Lane CH. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: a randomised trial. *Health Educ J*. [Internet]. 2015 [cited July 10, 2018];74(4):424-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771064/>
- Flax VL, Negerie M, Ibrahim AU, Leatherman S, Daza EJ, Bentley ME. Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *J Nutr*. [Internet]. 2014 [cited July 12, 2018];144(7):1120-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481538/>
- Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. *J Hum Lactation*. [Internet]. 2015 Aug [cited Oct 25, 2018];31(1):120-8. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890334414548860?casa_token=963XRzCpzHkAAAAA:AjL98NHh8VZIDH7K6fyepb2ThvZI4Z6oO_yQhd3urLIInjzW1DjKBSH22NMWNS20BL40YdKUJoeEodE
- Lima TM, Nicolau AIO, Carvalho FHC, Vasconcelos CTM, Aquino PS, Pinheiro AKB. Telephone interventions for adherence to colposcycological examination. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 Feb [cited Nov 12, 2017];25:e2844. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-02844.pdf>
- Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oria MOB, Dennis CL. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. *J Nurs Educ Pract*. [Internet]. 2012 Aug [cited Sep 29, 2018];2(3):66-73. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/627/553>
- Dodt RCM, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Jul/Aug [cited Nov 12, 2017];23(4):725-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623736/pdf/0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf>
- Uchôa JL, Gomes ALA, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. *Online Braz J Nurs*. (Online). [Internet]. 2014 Sep [cited Nov 4, 2017];13(4):645-55. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361441682017>
- Dodt RCM, Ferreira AMVF, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2013 Jul/Sep [cited Nov 23, 2017];22(3):610-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a06.pdf
- Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Azevedo IC, Ferreira MA Junior. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Nov 20, 2017];36(spe):127-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/en_0102-6933-rngen-36-spe-0127.pdf
- Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCCO, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Faisal-Cury A, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Dec [cited Nov 12, 2017];48(6):985-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf>
- Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC, Guido LA. Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2013 Apr/Jun [cited Nov 20, 2017];7(esp):4144-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en_1414-8145-ean-18-02-0257.pdf
- Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev RENE*. [Internet]. 2014 Sep/Oct [cited Nov 20, 2017];15(5):771-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3240/2495>
- Mcqueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-

- Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Internet].2011 Jan/Feb [cited Nov 21, 2017];40(1):35-46. Available from: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)30518-9/pdf](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)30518-9/pdf)
18. Margotti E, Margotti W. Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a childfriendly hospital in a capital of Northern Brazil. *Saúde Debate*. [Internet].2017 Jul [cited Oct 25, 2018];41(114):860-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0860.pdf>
19. Barbosa IA, Silva MJP. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Rev Bras Enferm*. [Internet].2017 Fev [cited Dec 17, 2018];70(5):978-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0928.pdf
20. Rasmussen KM, Dieterich CM, Zelesk ST, Altabet JD, Kjolhede CL. Interventions to Increase the Duration of Breastfeeding in Obese Mothers: The Bassett Improving Breastfeeding Study. *Breastfeed Med*. [Internet].2011 Apr [cited Nov 12, 2017];6(2):69-75. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Kathleen_Rasmussen2/publication/47498848_Interventions_to_Increase_the_Duration_of_Breastfeeding_in_Obese_Mothers_The_Bassett_Improving_Breastfeeding_Study/links/00b49536b83a680353000000.pdf
21. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional Breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*. [Internet].2014 Dec [cited Nov 12, 2017];121(13):1673-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12884/epdf>
22. Efrat MW, Esparza S, Mendelson SG, Lane CH. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. *Health Educ J*. [Internet].2015 Jul [cited Nov 15, 2017];74(4):424-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771064/pdf/nihms-612010.pdf>
23. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. [Internet].2013 Jan [cited Nov 13, 2017];50(1):16-25. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Norzakiah_Mohd_Tahir2/publication/232529687_Does_telephone_lactation_counselling_improve_breastfeeding_practices_A_randomised_controlled_trial/links/5a3c785b458515f7ea52fde4/Does-telephone-lactation-counselling-improve-breastfeeding-practices-A-randomised-controlled-trial.pdf
24. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *Am J Clin Nutr*. [Internet].2013 Nov [cited Nov 15, 2017];98(5):1226-32. Available from: <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.059600>


Recibido: 11.04.2018

Aceptado: 5.1.2019

Autor correspondiente:

Anne Fayma Lopes Chaves

E-mail: annefayma@yahoo.com.br

 <http://orcid.org/0000-0002-7331-1673>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.